



Cartilha do Médico

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Autores:

Liana Sousa Coelho

Mariah Prata Soldi Passos Taube

Revisão:

José Roberto de Brito Jardim José

Leonidas Alves Jr

Revisão 2026:

Suzana Erico Tanni

Luís Fernando Brizola





O que é DPOC?

A DPOC é uma doença que decorre da exposição a fumaças do tabagismo (ativo e passivo, incluindo vape), da poluição domiciliar (fogão à lenha) e da poluição ambiental. Cada vez mais deve-se considerar a interação da genética com o meio ambiente que ocorre ao longo da vida alterando as condições pulmonares. A prevalência no Brasil é estimada em 17,5% e ocupa a 3ª causa de morte no mundo. Apesar da alta prevalência e mortalidade, ainda é subdiagnosticada.

Qual o quadro clínico da DPOC e como realizar seu diagnóstico?

Se seu paciente apresentar dispneia, **fadiga, baixa capacidade funcional, tosse seca ou com expectoração e sibilos** e também tiver **exposição aos fatores de risco**, deve ser solicitada uma espirometria. Dentro do contexto clínico, a relação $VEF_1/CVF < 0,7$ na curva pós-broncodilatador confirma o diagnóstico da doença. Idealmente, deve-se levar em consideração o valor previsto dos parâmetros espirométricos para o paciente para não subdiagnosticar ou sobrediagnosticar a DPOC.

Quais exames solicitar na avaliação do paciente com DPOC?

Espirometria pré e pós broncodilatador	Exame OBRIGATÓRIO para o diagnóstico da DPOC. Além disso, valor do VEF_1 pós broncodilatador permite a classificação da gravidade da obstrução da doença: grau 1 (leve): $VEF_1 \geq 80\%$; grau 2 (moderada): $50\% \leq VEF_1 < 80\%$; grau 3 (grave): $30\% \leq VEF_1 < 50\%$; grau 4 (muito grave): $VEF_1 < 30\%$. Na ausência do exame ou incapacidade técnica, utilizar Pico de Fluxo Expiratório.
Oximetria de pulso e gasometria arterial	A oximetria deve ser realizada em todas as consultas e, quando $\leq 90\%$ deve-se solicitar gasometria arterial para avaliação da indicação de oxigenoterapia domiciliar prolongada.
Hemograma	Para avaliar presença de anemia ou policitemia, que podem ser fatores contribuintes de morbidade e, no fenótipo exacerbador, a contagem de eosinófilos pode ajudar na prescrição de corticoides inalatórios
Radiografia de tórax	Útil para na primeira avaliação do paciente para exclusão de diagnóstico diferencial
Tomografia de tórax	Não é exame obrigatório, mas tem papel importante na avaliação da extensão dos danos estruturais da DPOC. Além disso, pacientes selecionados (fumantes ou ex-fumantes há menos de 15 anos, com idade ≥ 50 anos e carga tabágica > 20 anos-maço) podem ser candidatos ao rastreamento de câncer de pulmão, uma comorbidade com importante impacto na evolução da DPOC.
Dosagem de alfa-1 antitripsina (AAT):	A deficiência de AAT é uma causa genética conhecida da DPOC. Assim, recomenda-se que todo indivíduo diagnosticado com DPOC realize a dosagem da enzima e, quando reduzida, seja realizado o teste genético.



Como realizar o tratamento na fase estável?

Quanto mais precoces o diagnóstico e o tratamento, melhor o prognóstico da DPOC e menores os gastos com a doença. São pontos chave no tratamento a redução de sintomas e evitar exacerbações futuras. O tratamento inclui medidas não medicamentosas e medicamentosas. O Ministério da Saúde publicou em 2021 portaria que regulamenta o PCDT da DPOC, disponibilizando no SUS as medicações inalatórias para tratamento da doença.

Tratamento não medicamentoso da DPOC

Cessaçãodo tabagismo	Estimular a cessação da exposição aos fatores de risco, oferecendo tratamento ao tabagismo é medida efetiva para evitar a progressão da doença
Vacinação	Influenza, Pneumocócica, Coqueluche. COVID, Vírus sincicial respiratório, Herpes zoster
Exercício físico/Reabilitação pulmonar	A redução da atividade física causada pela doença está relacionada com pior qualidade de vida e maior número de internações. Estimular atividade física/exercício domiciliar e reabilitação pulmonar (em algum centro de reabilitação, se houver), podem reverter esse quadro.
Investigar e tratar comorbidades	Doenças cardiovasculares, câncer de pulmão, diabetes, depressão/ansiedade, osteoporose, sarcopenia e sedentarismo são comorbidades frequentemente associadas à DPOC. Devem ser investigadas e tratadas para diminuir a morbidade.
Alimentação equilibrada e saudável	A desnutrição e a perda de peso estão relacionadas a pior função pulmonar, a maior número de internações.
Orientar uso de medicação inalatória	Pacientes com DPOC podem apresentar baixa capacidade de inalação dificultando o uso de alguns dispositivos inalatórios. A verificação da técnica de uso deve ser realizada em todas as consultas e visitas domiciliares.
Estimular a aderência ao tratamento	A baixa aderência é um dos principais fatores associados ao não controle de sintomas e ocorrência de exacerbações.
Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)	Indicada para pacientes com <i>hipoxemia</i> diagnosticada ($PaO_2 < 55$ mmHg ou $SpO_2 < 88\%$; PaO_2 entre 55 e 59 mmHg ou $SpO_2 < 89\%$, se presença de cor pulmonale ou policitemia). Quando indicada, deve ser utilizada por ao menos 15h/di. Reduz a mortalidade dos pacientes hipoxêmicos. O O₂ suplementar não é indicado para alívio de sintomas.

Tratamento medicamentoso da DPOC

A classificação ABE da GOLD inclui sintomas (dispnéia pela Escala mMRC e impacto pelo COPD Assessment Test) e exacerbações (tabela 1) e é empregada para classificar o paciente com o objetivo de definir o tratamento inicial da DPOC. O manejo terapêutico é sempre ajustado nas consultas seguintes



de acordo com o fenótipo do paciente, baseado na intensidade dos sintomas (fenótipo sintomático) e no número de exacerbações (fenótipo exacerbador).

Os broncodilatadores de longa ação como LABA e LAMA constituem a base do tratamento medicamentoso e devem ser indicados aos pacientes sintomáticos.

Os corticoides inalatórios devem ser indicados aos pacientes exacerbadores, associados ao LABA e LAMA, principalmente se com eosinófilos > 300 células/mm³.

Os broncodilatadores de curta ação são considerados medicações de resgate, utilizados quando há piora aguda dos sintomas e sempre que o paciente vai realizar alguma atividade que já sabe que vai causar falta de ar.

As medicações inalatórias, de acordo com classe farmacológica e disponibilidade no SUS, encontram-se na tabela 2.

TABELA 1

Classificação clínica da DPOC e tratamento conforme fenótipo (adaptado de GOLD, 2026).

GRUPO	PERFIL DE SINTOMAS/EXACERBAÇÕES	TRATAMENTO
Grupo A	Grupo de baixo risco , poucos sintomas 0-1 exacerbação moderada (sem hospitalização) nos últimos 12 meses mMRC 0-1 OU CAT < 10	Broncodilatador
Grupo B	Grupo de baixo risco , (fenótipo sintomático) 0-1 exacerbação moderada (sem hospitalização), nos últimos 12 meses mMRC 2-3 -4 OU CAT ≥ 10	LABA + LAMA
Grupo E	Grupo de alto risco , (fenótipo exacerbador) Uma ou mais exacerbações graves (com hospitalização) OU duas ou mais moderadas nos últimos 12 meses mMRC 2-3 -4 OU CAT ≥ 10	LABA + LAMA ou LABA + LAMA + CI considerar terapia tripla quando eosinófilos > 300 células no hemograma

mMRC (modified British Medical Research Council; CAT COPD Assessment Test ®)

Exacerbação da DPOC:

Caracterizada como piora da dispneia, com ou sem aumento da tosse/expectoração com duração de, pelo menos, dois dias. Tem grande impacto na evolução da doença e devem ser prontamente tratadas. O tratamento das exacerbações inclui sempre corticoides sistêmicos e, muitas vezes, antibióticos (quando a expectoração é amarelo/esverdeada ou purulenta). Pacientes com insuficiência respiratória/hipercapnia aguda podem se beneficiar de ventilação não invasiva. Pacientes devem ser hospitalizados se estão muito dispnéicos, cianóticos, com dificuldade para inalar seus medicamentos, hipercápnicos, importante hipoxemia ou com alteração da comunicação.

Reavaliação clínica após exacerbação grave:

- Verificar otimização farmacológica para controle de sintomas e riscos futuros
- Verificar necessidade de introdução de outros fármacos: Roflumilast, azitromicina e imunobiológico.



Tabela 2. Medicções inalatórias de acordo com classe e disponibilidade no SUS

Classe farmacológica	Medicamento	Disponível no SUS
Beta2-agonista de curta ação (SABA)	Salbutamol 100 mcg	X
Antimuscarínico de longa ação (LAMA)	Tiotrópio 2,5 mcg Glicopirrônio 50 mcg Umeclidínio 62,5 mcg	
Beta2-agonista de longa ação (LABA)	Formoterol 12 mcg Indacaterol 150 mcg Olodaterol 2,5 mcg	X
Corticoide inalatório (CI)	Beclometasona 200, 250 ou 400mcg Budesonida 200 ou 400mcg	X
LABA + CI	Formoterol + Budesonida 6/200 e 12/400 mcg Formoterol + Beclometasona 6/100 ou 6/200 mcg Formoterol + Fluticasona 12/250mcg Vilanterol + Fluticasona 25/100 ou 25/200 mcg Salmeterol + Fluticasona 25/50 ou 25/125 ou 25/250 mcg 50/100 ou 50/250 ou 50/500 mcg	X
LABA + LAMA	Indacaterol + Glicopirrônio 110/50 mcg Umeclidínio + Vilanterol 62,5/25 mcg Tiotrópio + Olodaterol 2,5/2,5 mcg	X X
LABA + LAMA + CI	Fluticasona + Umeclidínio + Vilanterol 100/62,5/25 mcg Beclometasona + Formoterol + Glicopirrônio 100/6/12,5 mcg Budesonida + Formoterol + Glicopirrônio 160/7,2/5 mcg	X X

Bibliografia

PCDT Doença pulmonar obstrutiva crônica, Ministério da Saúde.

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumos/20220912_PCDT_Resumido_DPOC_final.pdf

GOLD. Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD.

<https://goldcopd.org/2025-gold-report/>

Pereira LFF, Santos RSD, Bonomi DO, Franceschini J, Santoro IL, Miotto et al. Lung cancer screening in Brazil: recommendations from the Brazilian Society of Thoracic Surgery, Brazilian Thoracic Association, and Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging. J Bras Pneumol. 2024 Mar 22;50(1):e20230233. doi: 10.36416/1806-3756/e20230233.